



# Sign-up form

## 선정 서류

귀하가 전화로 선정했을 경우는 이 서류를 작성하지  
않아도 됩니다! 1-800-562-3022로 즉시  
연락하십시오!  
(청각장애인/시각장애인(TTY/TDD)은  
1-800-848-5429로 연락하십시오.)

1-2-3 세는 것처럼 쉽습니다!

- 1.** 귀하가 선정할 수 있는 건강보험들은 모두 여기에 게시했습니다. 귀하와 귀하의 보건 사회부 의료신분증(DSHS Medical ID)에 게시되어 있는 사람들이 어떤 방법으로 진료받기를 원하는지를 한 칸에 표기하시기 바랍니다:

- 2.** 귀하는 이 사람의 주치의사(PCP)로 어떤 의사를 원하십니까?(귀하가 주치의사(PCP)로 기입한 의사들은 모두 건강보험에 반드시 가입돼 있어야 합니다. 귀하가 확실하지 않을 경우는 그 의사에게 연락해서 귀하가 원하는 건강보험에 가입돼 있는지 여부를 확인하시기 바랍니다.)

이름:	주치의사(PCP)의 이름:

- 3.** 귀하의 의료신분증(medical ID)에 기입돼 있는 사람 중 임신했거나 곧 수술해야 되는 사람이 있습니까?

임신 하였습니까? 누구입니까? 이름: \_\_\_\_\_ 출산 예정 일: \_\_\_\_\_

수술을 해야 합니다? 누구입니까? 이름: \_\_\_\_\_ 수술 날짜: \_\_\_\_\_

이 사람이 진료를 받고 있는 의사나 병원은 어디입니까?

의사 이름: \_\_\_\_\_ 병원 전화 번호: \_\_\_\_\_

- 귀하의 의료신분증에 게시되어 있는 사람 중 특정증상이나 발육지체증상이 있는 사람이 있습니까?

예 \_\_\_\_\_

그런 증상이 있는 사람의 이름과 특정 증상을 기입하십시오.

귀하가 선정한 것을 알려주십시오.

가장 쉬운 방법은 장거리 무료전화번호인 1-800-562-3022로 저희한테 전화해 주는 것입니다.

월요일부터 금요일, 오전 7시부터 오후 6시

저희의 새로운 메세지 시스템을 사용하셔도 됩니다.

청각장애인/시각장애인(TTY/TDD)은 1-800-848-5429로 연락하십시오.

그렇지 않으면 비즈네스응답용지 겉면을 반으로 접어서 반송해 주시기 바랍니다.

(우표를 붙이지 않아도 됨.)

또는 학쓰로 360-725-2144로 전송해 주셔도 됩니다.